



## **Aviso de la ley de Privacidad Su información Sus Derechos Su responsabilidad**

Esta notificación describe como su historial medico es utilizado y divulgado, tambien como tener acceso a esta información. **Favor de revisar cautelosamente.**

**Quien tiene seguimiento a esta notificación:** LCH&D proporciona asistencia medica en conjunto con medicos, profesionales y organizaciones. La información de aviso de privacidad en esta notificación es la siguiente:

- Cualquier profesional que le brinde tratamiento en nuestras clínicas.
- Todos los departamentos y clínicas en nuestro centro.
- Todos los empleados y voluntarios en nuestra organización.
- Cualquier clínica asociada con LCH&D el cual nosotros compartimos información médica.

### **Sus derechos**

**Cuando se trata de su información médica usted tiene ciertos derechos.** Esta sección le explica sus derechos y algunas responsabilidades de nuestra parte.

#### **Recibir una copia electronica o en papel de su historial medico**

- Usted puede solicitar una copia electronica o en papel de su historial medico o alguna otra información médica. Favor de preguntar como puede hacerlo.
- Nosotros le facilitaremos una copia de su historial medico dentro de 30 dias desde el dia que la solicito. Puede haber un costo razonable.

#### **Solicitar corregir su historial medico**

- Usted puede solicitar alguna corrección en su historial medico. Favor de preguntar cómo.
- Su solicitud puede ser negada, se le notificara dentro de 60 dias por escrito.

#### **Solicitar comunicación confidencial**

- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted mediante llamada telefonica a su casa o lugar de empleo o enviar correspondencia a una dirección diferente a la suya.
- Su solicitud no será negada despues que sea razonable.

### **Pregunte como limitar o compartir información utilizada**

- Usted puede solicitar que su información no sea utilizada para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. Nosotros no tenemos la obligación de aprobar su solicitud, si puede afectar su salud.
- Si usted hace un pago por su visita usted puede solicitar que la información no sea reportada al seguro. Nosotros aceptaremos su solicitud a menos que sea requerida por la ley.

### **Solicitar una lista con quien compartimos su información**

- Usted puede solicitar una lista por los últimos 6 años con quien compartimos su información y porque.
- Sera incluida toda información excepto tratamiento, pago y operaciones sobre su salud. Puede requerir una lista al año sin ningún costo, se le cobrara un costo razonable si requiere una segunda copia dentro de el año.

### **Requerir una copia de la ley de privacidad**

Usted puede solicitar una copia de la ley de privacidad en papel, sin importar que reciba una electrónica.

### **Escojer quien pueda tomar desiciones por usted.**

- Si usted tiene alguna persona con poder notarial medico o guardian legal, esta persona puede ejercer derechos y tomar desiciones sobre su información médica.
- Nosotros nos aseguraremos que esta persona tenga la autoridad para actuar por usted.

### **Como archivar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados**

- Usted puede quejarse si siente que sus derechos han sido violados comunicandose con el Oficial de Privacidad: localizado en LCH&D, 1205 Broadway Ave, Lorain, OH 44052. Telefono: 440-240-1655.
- Usted puede presentar su queja al Departamento de salud y Servicios Humanos de sus derechos civiles por carta al 200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201, llamar 1-877-696-6775 o visitar la página web en su computadora **[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)**.
- Nosotros no tomaremos ninguna represaria por su queja.

## **Usted Elige**

**Usted puede elegir con quien nosotros compartimos su información médica.** Si usted tiene una preferencia como compartimos su información el cual la descripción nombrada abajo favor de hablar con nosotros. Favor de notificarnos que hacer y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estas situaciones usted tiene el derecho de elegir:

- Compartir su información con un familiar, amigos cercanos o otra persona relacionada con su tratamiento.
- Compartir información en caso de un desastre para aliviar su situación.
- Incluir su información en el directorio del hospital (Lorain County Health & Dentistry no ha creado o maneja un directorio medico)

*Si usted no puede notificar su preferencia por ejemplo, si esta inconsciente, puede que nosotros tomemos la decision de compartir su información si pensamos que puede ser para su mejor interes. Tambien tomaremos una decision si es algo serio o eminente para su salud.*

En situaciones mencionadas abajo nos negaremos a compartir su información a menos que usted de un permiso firmado:

- Publicidad
- Vender su información
- Compartir notas psicoterapia

En caso de una recolecta:

Nosotros trataremos de comunicarnos con la organización, usted puede tomar la decision que nosotros no nos comuniquemos.

## **Nuestro uso y como se divulga su información**

### **Como usualmente nosotros usamos su información medica o compartimos la información?**

Usualmente nosotros utilizamos o compartimos su información en manera mencionada abajo.

### **Tratamiento**

Nosotros podemos utilizar o compartir su información médica con otros profesionales para su tratamiento.

*Ejemplo: Si usted está recibiendo tratamiento por algun accidente.*

### **Asistir a nuestra organización**

Nosotros podemos utilizar o compartir su información médica para asistir a nuestra organización, mejorar su condición y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos su información para manejar su tratamiento y servicios.*

## **Cobrar por su servicios**

Podemos utilizar o compartir su información para enviar factura a su seguro medico o a usted.

*Ejemplo: Nosotros compartimos su información médica para facturar a su seguro medico.*

## **De que otra manera nosotros utilizamos o compartimos su información médica?**

Nosotros estamos autorizados a compartir su información en diferentes maneras usualmente para contribuir al publico con la salud publica y analisis. La ley nos exige que completemos los requisitos para poder compartir su información. Para más información puede entrar a la página web: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **Ayuda con la salud pública y su seguridad**

Nosotros podemos compartir su información médica por situaciones mencionadas:

- Enfermedades preventivas
- Ayudar con alguno producto descontinuado
- Reportas reacciones negativas con algun medicamento
- Reportar problemas de abusos
- Prevenir o reducir ciertos problemas con la seguridad personal

## **Hacer analisis**

Nosotros podemos usar o compartir su información médica para analisis medicos.

## **Cumplir con la ley**

Nosotros compartiremos su información solo si es requerida por el estado o leyes federales, incluyendo el departamento de la salud y servicios sociales.

## **Respondiendo a requisitos sobre donación de organos**

Nosotros podemos compartir su información médica con la institución donde á hecho su donación de organos.

## **Trabajar con un examinador medico o director de un funeral**

Nosotros podemos compartir su información medica con un coronel, examinador médico o un director de un funeral cuando el paciente ha fallecido.

## **Responder compensaciones laborables, ley policial y de gobierno**

Nosotros podemos usar o compartir su información médica:

- Reclamos por compensaciones laborables
- Requiciones con la ley o algun oficial
- Con organizaciones medicas autorizado por la ley
- Funciones especiales como militar, seguridad nacional y servicios de protección gobernal

## **Responder a una demanda o acción legal**

Podemos compartir su información médica para responder a una orden judicial ordenada por la corte.

## **Intercambio de Información de Salud**

Participamos en uno o más intercambios de información de salud. Sus proveedores de atención médica pueden usar esta pedante electrónica para proporcionar acceso de forma segura a sus registros de salud para una mejor imagen de sus necesidades de salud. Nosotros, y otros proveedores de atención médica, podemos permitir el acceso a su información médica a través del intercambio de información de salud para el tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. Este es un acuerdo voluntario. Puede darse de baja en cualquier momento notificando al Sistemas De Soporte al 440-240-1655 ext. 5001.

## **Nuestra Responsabilidad**

- Nosotros estamos obligados a mantener privacidad y seguridad para proteger su información médica.
- Le notificaremos si su información ha sido compartida en una equivocación.
- Estamos obligados a seguir la ley de privacidad explicada a usted en este documento.
- Estamos obligados a no utilizar su información médica si no está mencionada en este documento a menos que recibamos una autorización por escrito firmada por usted.

Para más información vea la pagina web:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios a esta notificación**

Nosotros podemos cambiar o hacer cambios a esta notificación sobre la información médica de usted. La nueva notificación esta disponible a su pedido en nuestra clínica y en nuestra pagina web. El dia efectivo de esta notificación es 23 de septiembre del 2013.